4e Année. | N° 7. | 1er Juillet 1883.

REVUE MENSUELLE

DE

LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

ET DE RHINOLOGIE

Paraissant le 1er de chaque mois

FONDÉE ET PUBLIÉE

Par le Docteur E. J. MOURE

Professeur libre de Laryngologie et d'Otologie,

Les ouvrages remis en double seront annoncés ou analysés.

POUR TOUT CE QUI CONCERNE LA RÉDACTION

S'adresser à M. le Docteur E. J. MOURE, 28, cours de l'Intendance, Bordeaux.

ABONNEMENT :

France . . . . 10f | Étranger. 12f

LES ABONNEMENTS PARTENT DU 1er JANVIER DE CHAQUE ANNÉE ET NE SONT REÇUS QUE POUR UN AN

PARIS

OCTAVE DOIN, ÉDITEUR

8, — Place de l'Odéon, — 8

MDCCCLXXXIII

PUBLICATIONS DE LA REVUE

J. Baratoux. — *De la perforation du tympan, de ses cicatrices; moyens d'y remédier*, In-8, 16 pages 1 25

J. Baratoux. — *De la gastroscopie et de l'œsophagoscopie,* in 8° 15 pages avec figures en noir .... fr. 1 50

J. Baratoux. — *Otologie, pathologie et thérapeutique générales de l'oreille, diagnostic,* in-8°, 108 pages avec des figures en noir..................... fr. 3 50

L. Bayer. — *Deux cas de Mycosis tonsillaires, lingual et pharyngien.* In-8, 5 pages. 0 50

L. Bayer. — *De l'influence de l'appareil sexuel de la femme sur l'organe vocal et sur la formation de la voix,* in 8°, 16 pages..................... fr. 1 25

A. Ducau. — *Cliniques Otologiques du Docteur E. J. Moure. Sur quelques maladies de l'oreille.* In-8° 24 pages.. 1 50

Ch. Fauvel. — *Histoire d'une balle retrouvée dans le Larynx,* 22 pages avec des figures en noir.. fr. 1 25

E. J. Moure. — *Étude sur les Kystes du Larynx,* grand in-8° de 100 pages avec des figures en noir dans le texte.................................. fr. 3 50

H. Guinier. — *Des conditions physiologiques de la laryngoscopie,* in 8°... fr. 1 25

H. Guinier.—*Contribution à l'étude des tumeurs éphémères ou non permanentes du larynx,* in-8°, 17 pages.................................... fr. 1 25

Th. Hering. — *De la pharyngite chronique en général et de la pharyngite latérale en particulier,* in-8°, 18 pages................................ fr. 1 25

Joal. — *De l'angine sèche et de sa valeur séméiologique dans la glycosurie et l'albuminurie,* in-8°, 40 pages.. fr. 1 50

Schiffers. — *Contribution à l'étude du Cancer du larynx.* In-8° 20 pages. . . . 1 25

Pour recevoir l'un de ces ouvrages il suffit d'en adresser le montant au Bureau d la REVUE ou à l'Editeur.

4e Année. N° 7. 1er Juillet 1838

REVUE MENSUELLE

DE

LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

ET DE RHINOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

Contribution à l'étude de l'abcès sous-lingual

Par le Dr U. Dartigolles.

Observation. — Justine C..., âgée de trente-huit ans, vient me consulter le 1er septembre 1881, pour une douleur siégeant à la partie supérieure du cou et au fond de la bouche.

C'est au mois de mars de cette année, au moment des règles, qu'elle a senti les premières douleurs. En même temps, au-dessous du menton, il se développa un léger gonflement, accompagné de gêne et de douleur dans la déglutition.

La courte durée et le peu de gravité de ces accidents n'inquiétèrent pas la malade.

Cependant tous les mois, à l'époque des règles, les douleurs, le gonflement du fond de la bouche et la gêne de la déglutition revenaient, en s'aggravant chaque fois. Ces accidents duraient quatre à cinq jours et disparaissaient sans laisser aucune trace.

La régularité des règles est parfaite ; mais le sang est moins abondant et peu coloré depuis le début des souffrances.

Cette femme a une constitution débile, sans marques apparentes de scrofule. La hanche gauche est très déformée à la suite d'une coxalgie, survenue pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde très grave, à l'âge de dix-huit ans. Comme renseignement rétrospectif, l'année dernière, au mois de juin, elle s'est fracturé la cuisse gauche dans une chute ; la consolidation n'est point encore assez solide pour lui permettre de marcher sans appareil et sans béquilles.

Le premier examen est sans intérêt, car je trouve les amygdales, les piliers du voile du palais, le voile du palais et le larynx dans l'état normal. La base de la langue seulement est sensible aux pressions de l'abaisse-langue, dans l'inspection du fond de la gorge.

La face inférieure de la langue, le plancher de la bouche, les glandes salivaires et leur conduit n'offrent rien de spécial. Je ne constate pas d'engorgement ganglionnaire, ni de tuméfaction, ni de trace d'inflammation, soit à l'intérieur de la bouche soit sur les téguments externes. Plusieurs dents sont cariées, mais aucune n'est douloureuse et n'a causé de gengivite ou de périostite alvéolo-dentaire.

J'entends un souffle anémique au cœur et dans les vaisseaux du cou.

Je prescris une médication ferrugineuse.

Le 3 septembre, je suis appelé auprès de la malade. Depuis la veille, de vives douleurs sont survenues au fond de la bouche, la déglutition est devenue difficile et douloureuse ; la fièvre est continue. Je trouve la malade assise sur le lit, le décubitus augmentant les souffrances ; la voix est nasonnée, l'ouverture de la bouche est douloureuse, l'haleine a une forte odeur. Dans la partie horizontale de la région sus-hyoïdienne, entre le corps du maxillaire inférieur, la limitant en avant et sur les côtés, se dessine une tuméfaction, exactement circonscrite à cette portion, ne descendant pas vers l'os hyoïde que l'on sent nettement et qui est mobile. Ce gonflement ne paraît pas causé par l'inflammation de cette région, car la peau a conservé la coloration normale, le toucher n'est pas douloureux, et les tissus sont résistants et non œdématiés.

L'examen de la bouche fournit les détails suivants : la lan-

gue blanchâtre, un peu épaisse, exécute sans gêne les mouvements d'élévation et d'abaissement, les mouvements de latéralité sont un peu pénibles. La muqueuse du plancher de la bouche, comprise entre la symphyse maxillaire et l'implantation du frein sur la langue, est saine.

L'inflammation est localisée en arrière du frein. Cette portion de la muqueuse du plancher de la bouche est d'un rouge vif et tellement gonflée qu'elle s'élève à la hauteur de la couronne des dents molaires, effaçant les sillons latéraux en dedans de l'os maxillaire inférieur ; le gonflement est un peu plus développé à droite qu'à gauche.

Sur les côtés, à la face interne du corps du maxillaire inférieur, le doigt ne touche rien de particulier ; mais en retournant la pulpe de l'index vers l'insertion de la langue et en la promenant sur le fond de la bouche, je découvre, du côté droit, une certaine dureté, sans limites nettes, plus étendue transversalement que d'avant en arrière. Le doigt sent parfaitement dans la bouche cette induration ; elle a la consistance d'un corps étranger dur. Cette sensation cesse quand j'explore cette même région, au-dessus de l'os hyoïde. Avec un doigt dans la bouche et l'autre au-dessous du menton, il est impossible de saisir cette dureté, à cause de sa position trop reculée dans les tissus de la base de la langue.

Cet examen n'augmente pas trop les souffrances. Les douleurs spontanées sont plus vives à droite qu'à gauche, le gonflement est aussi plus grand; du côté gauche les tissus n'ont pas la même consistance et le toucher est moins douloureux. Au-dessous du menton le gonflement est le même des deux côtés.

La position de la langue offre les particularités suivantes : la pointe est appliquée contre la voûte palatine, sa base plus rectiligne qu'à l'état normal est refoulée en arrière, rétrécissant le vestibule du larynx. Cette situation rend l'inspection des amygdales et de la gorge fort difficile et douloureuse; l'abaissement de la langue provoque de vives douleurs; la direction de cet organe est rectiligne; elle n'est portée en avant qu'avec de grands efforts et c'est à peine si sa pointe atteint la face postérieure des gencives.

Les orifices des canaux de Warton ne présentent rien de particulier; la salive humecte la bouche comme à l'état sain, mais comme elle ne peut être avalée ou crachée, elle s'écoule hors de la bouche.

Je fais avaler à la malade un peu de liquide ; au moment où la base de la langue presse contre la voûte palatine, il survient une violente douleur se propageant à l'oreille droite. Cette femme n'a pris depuis la veille au soir, qu'un peu de lait coupé avec de la tisane de guimauve.

Traitement. — Avec le bistouri je pratique de légères scarifications sur la muqueuse buccale tuméfiée, augmentant le nombre à droite, puis la saignée de la veine ranine droite. (1)

Cette émission sanguine produit un soulagement immédiat. Je prescris deux sangsues, au-dessous du menton, dans le cas où le gonflement augmenterait, des frictions avec l'onguent napolitain belladoné, des cataplasmes de farine de lin, des bains de pied sinapisés et les aliments que la malade pourra avaler.

5 Septembre. — Légère amélioration dans les symptômes de la bouche ; ainsi la déglutition est moins difficile et moins douloureuse ; la malade a mangé un peu de soupe ; l'abaissement de la langue est tout aussi impossible et pénible ; les mouvements de propulsion sont aussi peu étendus que la veille ; le séjour au lit est impossible (p. 85.)

7 Septembre. — La patiente souffre moins ; elle est demeurée au lit une partie de la nuit, sans dormir ; elle a mangé un peu de soupe. J'ai comprimé les glandes sublinguales, qui ne sont pas douloureuses, sans observer d'écoulement salivaire ; au milieu du gonflement, il est impossible d'apercevoir l'ouverture buccale des canaux de Warton.

9 Septembre. — Dans l'après-midi je suis appelé à la hâte. Depuis la veille au soir cette femme n'a pu avaler aucun aliment solide ou liquide ; les mouvements de déglutition sont si pénibles que la salive s'écoule à l'extérieur de la bouche; elle ne peut parler, et répond par signes ; elle a passé la plus grande partie de la nuit assise sur son lit et, depuis le matin, la respiration est si embarrassée qu'elle a dû garder cette position ; pouls 125, petit; la face est pâle, les yeux enfoncés, la respiration courte et difficile, la bouche entr'ouverte, la figure porte l'empreinte de la plus vive souffrance. De violents

(1) En 1867, suivant les cours de l'Ecole de médecine de Bordeaux, j'avais entendu M. Bitot, professeur d'anatomie, recommander dans les maladies inflammatoires de la gorge, la saignée des ranines à tort délaissée selon lui.

et continuels élancements retentissent dans l'oreille droite et s'étendent à toute la partie latérale droite du cou. Elle ne peut absolument rien avaler.

Au-dessous du maxillaire inférieur, le gonflement des tissus a pris un plus grand développement ; il est bien limité par la courbure de cet os, ne s'étendant pas à la portion verticale de la région sus-hyoïdienne. L'os hyoïde garde son aspect normal. Ce gonflement n'est point œdémateux, mais résistant et ne conservant pas l'empreinte du doigt.

Dans l'intérieur de la bouche, la tuméfaction est considérable; elle s'étend, en avant, jusqu'à la symphyse maxillaire, atteint sur les côtés à gauche la couronne des dents molaires; elle est plus développée encore à droite, où la muqueuse buccale dépasse le niveau de la couronne dentaire.

Les douleurs sont continues, plus vives et lancinantes du côté droit. Le doigt de la malade fixe leur siège à la base de la langue, du côté droit. Sous la base de la langue, en arrière de l'implantation du frein sur le plancher de la bouche, on perçoit une grosseur profondément située au milieu des tissus, plus développée à droite qu'à gauche; elle est dure et douloureuse à la pression; plus étendue transversalement que d'avant en arrière. Je n'ai pu réussir à la localiser, en refoulant les tissus dépressibles avec un doigt dans la bouche sur les doigts de l'autre main placés sous le menton. Il est impossible de sentir la fluctuation.

La langue est immobile et appliquée contre la voûte palatine; sa base, soulevée et repoussée en arrière, remplit l'espace vide qui la sépare, à l'état ordinaire, du voile du palais et de la luette et rétrécit l'orifice supérieur du larynx. Les mouvements de propulsions sont impossibles.

Les dents sont examinées séparément, elles sont insensibles; elles sont toujours demeurées indolentes, soit avant soit depuis le début de la maladie; les gencives et les alvéoles ne sont pas malades.

L'état de la malade devient très grave; depuis six jours, elle ne prend que peu de nourriture, et depuis vingt-quatre heures, elle n'a absolument rien avalé; la respiration s'exécute incomplètement; l'orthopnée augmente à chaque instant : l'intervention est urgente.

Deux modes d'intervention se présentèrent à mon esprit : les incisions sous la mâchoire parallèle au corps de cet os,

recommandées par le professeur Richet, ou une ponction dans la bouche avec un troquart. J'ai donné la préférence au troquart; d'abord, parce que j'ai jugé dangereux de faire, sans aide, des incisions qui devaient être profondes pour procurer du soulagement; j'ai voulu ensuite m'assurer que cette consistance n'était pas due à la présence d'un calcul salivaire ou d'un corps étranger.

Je place l'index de la main gauche sous le côté droit de la base de la langue, entre la partie externe de l'induration et le maxillaire, et, sur l'ongle, je plonge un troquart capillaire, d'avant en arrière et dans une direction légèrement oblique de haut en bas, près du frein et en arrière de lui, sur la portion la plus dure et la plus saillante. Les tissus sont durs et résistants; il faut presser sur le manche de l'instrument pour les traverser. Le troquart pénètre dans une profondeur de 3 centimètres sans résultat. Je replace la tige dans la canule laissée en place et j'imprime au troquart un léger mouvement vers la partie médiane, pendant qu'avec l'autre main au-dessous du menton, j'essaye de fixer les tissus. Je vois arriver alors, par la canule, quelques gouttes de pus crémeux, très épais, jaunâtre, exhalant une odeur forte. Prenant la canule pour conducteur, j'enfonce un bistouri pointu, après avoir caché une partie de la lame vers le talon pour ne pas léser les parties voisines. J'obtiens un léger écoulement de sang, mais pas de pus. Cependant, en pressant sous le menton de bas en haut et un peu d'avant en arrière, le pus s'écoule plus facilement que tout-à-l'heure et il est moins épais. Avec la sonde cannelée je cherche inutilement, par l'incision du bistouri, d'arriver jusqu'à l'abcès, en écartant les tissus. Cette manœuvre n'a d'autre effet que d'activer l'écoulement par la canule. Je me décide alors à laisser la canule en place pour vider lentement ce foyer purulent. La canule est enlevée trois heures après. La quantité de pus retirée est évaluée à quatre grandes cuillerées à soupe. Mais l'amélioration est très évidente; la malade peut boire, sans trop de difficulté, un bol de bouillon. Elle me dit que la respiration devenait de plus en plus gênée et qu'elle pensait étouffer.

10 Septembre. — La malade n'ayant pu s'étendre dans le lit, a dû dormir assise. Elle a été réveillée par un violent accès d'oppression qui a cessé subitement après un écoulement abondant de salive; elle s'est rendormie aussitôt

après. Elle a mangé de la soupe, mais non des aliments solides ; la langue gonflée remplit la bouche, empêche la mastication et rétrécit l'orifice supérieur du pharynx. Ce soulagement n'a pas été de longue durée ; depuis la matinée la gêne de la déglutition revient et augmente peu à peu, de sorte que dans la soirée il faut faire une nouvelle ponction.

Une première ponction, au niveau du frein, à droite, dirigée de haut en bas vers le plancher de la bouche, n'est suivie d'aucun écoulement ; une seconde ponction, au niveau de l'angle de la mâchoire, au siège de la glande sous-maxillaire donne le même résultat. Ces deux tentatives confirment le diagnostic d'abcès situé sous la langue et font rejeter l'existence d'une collection purulente du plancher de la bouche ou de la glande sous-maxillaire.

Soulevant, avec l'index gauche, la base de la langue, pendant qu'un aide abaisse la lèvre inférieure, qui m'empêche de voir le fond de la bouche, je fais pénétrer le troquart vers la base de la langue, en le poussant obliquement en arrière et de haut en bas. Le pus coule aussitôt et par des pressions modérées, de bas en haut et d'avant en arrière, au-dessus de l'os hyoïde, j'obtiens trois grandes cuillerées de pus semblable à celui qui a été retiré la veille.

Le soulagement est immédiat ; la malade peut avaler un bol de bouillon et parler.

Cette ponction réveille, à la base de la langue, de vives douleurs, qui s'étendent à la partie supérieure du larynx, à l'oreille, descendent dans le cou, dans la direction du muscle sterno-cleido-mastoïdien et jusque dans le bras droit : la malade est menacée d'une syncope. Par prudence j'enlève la canule, que je replace, sur les instances, après la cessation de ces accidents. Je fixe la canule, avec un fil, au mouchoir de tête. Mais la patiente est obligée, aussitôt après mon départ, de la retirer à cause de ces douleurs et de la menace de syncope. L'écoulement de pus se ralentissait vers les derniers moments.

11 Septembre. — La malade a pu s'étendre dans son lit et dormir ; l'appétit renaît ; l'alimentation se compose de soupe et de bouillie ; la voix est nasonnée ; le gonflement de la bouche diminue ; les mouvements de la langue ne sont pas possibles (pouls 80).

12 Septembre. — La nuit a été bonne (pouls 75), le gonflement

sous-lingual est plus développé que la veille; la gêne de la déglutition revient et augmente; la langue est appliquée, comme l'avant-veille, contre la voûte palatine, elle est immobile, mais les douleurs sont moins aiguës. Le gonflement sous-maxillaire n'a pas varié depuis les premiers jours.

Une nouvelle ponction à droite, dans la même direction que la dernière fois, donne issue à du pus mêlé de sang. Les tissus ne sont pas aussi résistants et le pus n'est pas aussi profond. On en retire quatre grandes cuillerées de pus, moins épais; l'écoulement est activé, par les mouvements de propulsion de la langue combinés avec l'abaissement. La menace de syncope ne s'étant pas reproduite, je laisse la canule en place. Le foyer paraît bien se vider; le gonflement de la région sublinguale diminue, la base de la langue se ramollit et pour la première fois la voix recouvre le timbre normal.

13 Septembre. — La canule, demeurée en place de onze heures du matin à neuf heures du soir, a occasionné une petite douleur dans l'oreille droite. Pour aider l'évacuation du foyer, la patiente tient la tête fléchie et inclinée sur le côté droit; la quantité de pus obtenue a été assez abondante. La nuit a été bonne. Le gonflement sous-mentonnier et de l'intérieur de la bouche a diminué; la langue repose sur le plancher buccal; le doigt peut contourner sa base et pénétrer en arrière dans le pharynx, où il ne sent rien de particulier; la base de la langue est encore très sensible à la pression pour l'abaisser; les mouvements de propulsion sont possibles; le timbre de la voix est normal; la mie de pain peut être mastiquée et avalée. La malade se plaint du manque de salive pour ramollir les aliments et de la mauvaise odeur de l'haleine.

16 Septembre. — L'amélioration est de plus en plus marquée; le gonflement sous-mentonnier a totalement disparu; la dysphagie a cessé; mais les mouvements de la langue sont gênés. Depuis hier soir, une petite cuisson s'est fixée sur le bord droit de cette dernière. A la pression du doigt en arrière et de haut en bas, vers la base, je trouve une petite tumeur du volume d'un gros haricot, à demi-molle. Je la ponctionne et un jet sanguin continu s'échappe par la canule; le sang inonde la bouche, après que la canule a été retirée, et ne s'arrête que sous l'action de l'eau vinaigrée. Cette petite hémorrhagie soulage la malade.

19 septembre. — Les douleurs sont très légères; le timbre

de la voix reste normal; les aliments liquides et de consistance molle sont avalés sans gêne; les aliments solides réveillent les douleurs au passage.

L'épaisseur plus considérable de la base de la langue cache le fond de la gorge, et sa face dorsale est redevenue très sensible aux pressions.

Je fais soutenir par le doigt d'un aide la région sus-hyoïdienne pour refouler la petite saillie sublinguale, et, sur mon index, appliqué sur la partie la plus saillante, un peu en dehors et en arrière du frein, à droite, j'enfonce le troquart, obliquement d'avant en arrière et de haut en bas; je retire par la canule une grande cuillerée de pus. Les tissus opposent de la résistance à la pénétration de l'instrument, qui est profondément enfoncé pour atteindre le pus. Une cuisson très vive de la pointe de la langue s'est fait sentir au moment de la ponction, mais elle a disparu promptement. L'instrument est dirigé perpendiculairement à la base de la langue : l'abcès siège dans sa base et non dans les tissus du plancher de la bouche, dans la glande sous-maxillaire ou son conduit.

21 septembre. — La canule n'a pu être tolérée qu'une heure, à cause des douleurs aiguës dans l'oreille et le cou. Trois grandes cuillerées de pus ont été obtenues lentement; vers la fin l'écoulement est devenu sanguinolent et, au moment où l'instrument a été enlevé, plusieurs gorgées de sang ont été vomies.

A ma visite, je ne remarque rien d'anormal à la vue; au toucher le côté droit de la base de la langue est un peu plus gros et un peu plus dur que le côté gauche; la langue supporte sans douleur les pressions et elles ne causent plus de picotement. La malade trouve la bouche et la gorge libres; elle peut manger des aliments solides. C'est la dernière fois que l'abcès est ponctionné.

28 septembre. — Pendant la nuit, la cuisson a reparu et persiste dans toute la moitié droite de la langue; l'emploi continuel des collutoires à l'eau de sureau tiède la rend moins désagréable. La mastication et la déglutition ne réveillent plus les douleurs; mais la gustation des mets est altérée : ainsi, s'ils sont salés, même légèrement, ils déterminent, au côté droit de la langue, un frisson violent et prolongé. Quand la langue est fortement tirée hors de la bouche,

le frein éprouve un tiraillement douloureux et la cuisson devient plus vive.

Il reste encore sous la langue une petite grosseur du volume d'un haricot.

13 octobre. — La petite tumeur sublinguale a disparu ; le toucher ne sent plus rien ; le frein se dessine aussi nettement qu'avant la maladie.

La malade ne se plaint plus que d'une cuisson dans la moitié droite de la langue, fatigante surtout le matin. Pour l'adoucir elle est obligée de se rincer fréquemment la bouche avec de l'eau de sureau tiède. Au commencement du repas, les aliments ont un goût âpre, qui disparaît en mangeant. Quand la pointe de la langue est portée à gauche, le côté droit de la base est tiraillé.

Le 15 juin 1882, je suis appelé auprès de cette femme qui vient de se casser la cuisse. Interrogée sur l'état de sa langue, elle n'accuse que de la blésité quand elle parle longtemps. Toute autre trace d'inflammation a disparu.

Réflexions. — Le diagnostic de cette inflammation n'était pas facile, même après l'examen soigneux de la région malade, fait trois jours auparavant. Cette difficulté tient à la multiplicité des organes renfermés dans la cavité buccale dont l'inflammation présente des symptômes analogues.

Les dents et les gencives sont saines ; les alvéoles ne sont ni gonflées ni douloureuses à la pression ; je ne remarque aucune trace d'ostéïte alvéolo-dentaire ; les ganglions situés à l'angle de la mâchoire ou sous la mâchoire ne sont ni tuméfiés ni douloureux.

Mais il est des phlegmons d'origine dentaire, qui prennent rapidement des proportions inquiétantes : le gonflement s'étend au plancher de la bouche, à la base de la langue et jusqu'à l'orifice du larynx, occasionnant de la dysphagie et une grande gêne de la respiration. 1° Le point de départ de cette inflammation est une dent malade, douloureuse, avec une gencive enflammée et un gonflement de la face interne et surtout de la face externe de l'os maxillaire ; 2° La marche du gonflement ou même sa disposition seront des renseignements importants pour fixer l'origine et la cause de cet état inflammatoire :

le gonflement, en effet, est plus développé à l'extérieur qu'à l'intérieur de la bouche, et quand la partie intérieure de la bouche est plus gonflée, j'ai déjà dit qu'alors la tuméfaction paraît faire corps avec l'os et qu'elle se limite à une portion du plancher de la bouche. Ce diagnostic différentiel, sur lequel j'ai cru utile d'insister, à cause du gonflement qui envahit la région sus-hyoïdienne et entraîne des complications sérieuses dans les fonctions respiratoires et de la déglutition, dans les adéno-phlegmons dentaires, est bien exposé dans la thèse de M. le docteur Dumonteil-Grampré (1). On trouvera dans la thèse de mon ami, le docteur Morcrette (2), des observations très intéressantes sur ce genre d'abcès.

Si je parvins rapidement à ne pas tomber dans cette confusion, j'avoue que j'ai longtemps hésité sur l'existence d'un phlegmon du plancher de la bouche. L'étendue de la tuméfaction sous-maxillaire, ses limites nettes, sa coexistence avec le gonflement de la muqueuse buccale m'en imposaient.

L'inflammation de la muqueuse du plancher de la bouche a habituellement la même origine que celle de la muqueuse buccale ; mais elle n'entraîne pas un gonflement aussi considérable.

L'inflammation du tissu cellulaire du plancher de la bouche est rarement spontanée.

Quand la suppuration suit une marche aiguë, à travers le tissu cellulaire, elle peut s'étendre vers la base de la langue, jusqu'à l'épiglotte et nécessiter une intervention active. Il est important de signaler deux circonstances qui sont défavorables à ce diagnostic : la douleur accusée invariablement, à chaque crise, par la malade, à la partie supérieure du cou ; le point de départ et la persistance du gonflement au-dessous de la langue, après la disparition du gonflement de la partie antérieure du plancher de la bouche ; enfin le siège de l'abcès indiqué par le toucher et par la direction de l'instrument.

Mais l'inflammation aurait pu avoir son point de départ dans les ganglions qui occupent cette région. Ces

(1) *De l'abcès sous-lingual*, Paris, 1875.

(2) *Essai sur les abcès d'origine dentaire et les accidents qui les accompagnent*, Paris, 1873.

ganglions explorés avec soin au début, ont été reconnus indemnes d'engorgement et de douleur. Cette recherche était nécessaire chez cette femme, dont la constitution paraît scrofuleuse.

L'inflammation isolée de la glande sous-maxillaire est rare ; elle coïncide souvent avec une parotidite ou succède par propagation aux adénites du voisinage. Je ferai observer que la glande ne forme pas de saillie à la région sus-hyoïdienne ; son siège ne présente pas de différence à droite et à gauche ; la pression extérieure combinée avec la pression dans l'intérieur de la bouche ne détermine pas de douleur et d'écoulement de pus par l'orifice des canaux de Warton Cet examen devait être rigoureux, parce que l'inflammation prononcée de cette glande peut donner lieu à une tuméfaction qui gagne la base de la langue et détermine de la gêne de la déglutition.

L'adéno-phlegmon de la glande sous-maxillaire est latéral et par conséquent les symptômes ne ressemblent pas à ceux qu'a présenté cette malade (1).

Je passe sous silence l'examen des glandes sublinguales, dont les lésions ne sont pas encore décrites.

Je n'insiste pas sur le diagnostic de corps étranger ou de calculs dans les glandes sous-maxillaires et les conduits de Warton, cause la plus fréquente de leur inflammation : les ponctions répétées avec le troquart, les recherches faites avec la sonde cannelée ont élucidé ce point douteux. Jusqu'alors, à cause de cette dureté au toucher, l'hésitation était légitime, car la grenouillette d'origine calculeuse peut en effet provoquer dans quelques cas une inflammation très étendue.

Mais je crois qu'il est impossible de confondre avec une grenouillette chronique cette tuméfaction inflammatoire sous-linguale.

Peut-on au contraire distinguer une grenouillette aiguë suppurée d'un abcès sous-lingual proprement dit ? Le docteur Dumonteil-Grampré dit, dans sa thèse, que ce diagnostic différentiel présente les plus grandes diffi-

(1) Le docteur Dubourg a rapporté à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux (Séance du 29 juillet 1881) une observation de ce genre d'inflammation.

cultés. Il n'y a guère qu'un signe qui pourrait faire différencier ces deux inflammations suppuratives, c'est le gonflement de la langue qui ne s'observe pas dans la grenouillette. Or ce gonflement existait chez ma malade.

Cependant je ne puis méconnaître que ces prodromes mensuels de douleur, de gêne de la déglutition et de gonflement de la région sublinguale, coïncidant régulièrement avec l'époque cataméniale, appartiennent bien plus aux grenouillettes aiguës qu'à l'abcès sous-lingual, qui a un début brusque (1).

Parmi les différentes formes d'inflammation de la langue, la glossite basique est celle qui ressemble le mieux à l'abcès sous-lingual. Dans la glossique basique, la langue ne peut-être retenue dans la bouche; elle s'insinue entre les arcades dentaires, les écarte et vient faire saillie au dehors. La phlegmasie débute par la langue au lieu de s'accuser tout d'abord au-dessous, et enfin le gonflement reste limité à l'organe, ne se montrant pas à l'extérieur. La position de la langue est due, dans mon observation, au refoulement de sa base par le foyer purulent beaucoup plus qu'à son propre gonflement.

Puis-je, enfin, supposer qu'une inflammation de l'arrière-gorge ait pu se propager jusqu'au plancher de la bouche et occuper la région sous-linguale, gagnant même la région sous-mentonnière? Mais dans tous les examens, j'ai reconnu qu'il n'existait aucun signe d'angine.

En comparant le tableau de ces différentes affections aux symptômes observés chez cette femme, il me paraît rationnel de supposer un abcès profond siégeant dans les tissus de la base de la langue et décrit par le docteur Dumonteil-Grampré sous le titre d'*abcès sous-lingual* (2).

En terminant le diagnostic de ce genre d'abcès, un coup d'œil rapide sur la région démontrera les difficultés d'en préciser le siège, patmi tant d'organes.

Le plancher de la bouche est divisé en deux parties inégales : une antérieure plus courte, située au-dessous

(1) M. Chevallereau a publié, dans la *France médicale*, l'observation d'une femme qui avait à chaque époque menstruelle, une douleur dans le canal de Warton et une grenouillette aiguë, et Delpech a signalé chez une femme la régularité de ces états inflammatoires, à chaque époque menstruelle.

(2) S. Duplay. *Traité élémentaire de Pathologie externe*. T. V, p. 126.

de la partie libre de la langue, et une postérieure, comprenant les deux tiers du plancher de la bouche et non distincte de la langue. Dans cette région, on voit d'abord le frein de la langue, replis muqueux en forme de croisant; de chaque côté de la partie antérieure de ce frein, une éminence papillaire, au sommet de laquelle s'ouvre le canal de Warton; les canaux excréteurs des glandes sublinguales s'ouvrent plus en arrière, dans le V formé par les veines ranines. Les glandes sublinguales forment un relief sous la muqueuse et s'étendent jusqu'à la base de la langue.

A la base de la langue, la muqueuse est plus mince et présente moins d'adhérence que sur le reste de l'organe; elle se réfléchit sur le plancher de la bouche. Au-dessous, on trouve du tissu conjonctif à larges mailles.

Fleichmann a décrit entre la muqueuse linguale et les muscles de la langue, près du frein, deux petites bourses séreuses, plus développées chez le vieillard et l'adulte que chez l'enfant. Le canal de Warton n'est séparé de la cavité séreuse que par la membrane d'enveloppe de cette cavité. La bourse muqueuse de Fleichmann, dont l'existence n'a pas été constatée par la plupart des anatomistes français, ne forme pas de cavité distincte des mailles de ce tissu conjonctif.

Sous la muqueuse, les muscles génio-glosses, qui forment un léger relief, sont en rapport, en dehors, avec la glande sublinguale et le conduit de Warton; en dedans, ils sont parallèles, séparés par un tronc lymphatique volumineux et du tissu graisseux. Plus en arrière, l'hyoglosse, muscle quadrilatère et vertical, dont la face externe est recouverte par des branches nombreuses anastomotiques entre le nerf lingual et le grand hypoglosse. Au-dessous, sur la face supérieure du mylo-hyoïdien, le génio-hyoïdien, à direction horizontale.

La cavité buccale est fermée en bas par le muscle mylo-hyoïdien, qui la sépare de la région sus-hyoïdienne dans ses deux tiers antérieurs; il constitue un plan musculaire ne présentant pas d'interruption; son bord postérieur ne possède aucune insertion; il existe là une large communication entre la cavité buccale et la région sus-hyoïdienne; c'est par là que la base de la langue va

se fixer à l'os hyoïde. Derrière ce bord libre, embrassé par la glande sous-maxillaire, s'engagent l'hyo-glosse, le stylo-glosse, le grand nerf hypoglosse, l'artère linguale et le canal de Warton.

Ce dernier, après avoir contourné le bord postérieur du muscle mylo-hyoïdien, passe entre ce muscle et l'hyo-glosse, puis entre les glandes sublinguales et le génio-glosse, vient s'ouvrir sur les côtés et en avant du frein. Le trajet de ce conduit fait communiquer le tissu conjonctif du plancher de la bouche avec la région sus-hyoïdienne. Ainsi donc s'explique l'œdème sous-mentionnier.

Sur les côtés du plancher de la bouche, est logée la glande sous-maxillaire, enveloppée dans un dédoublement du fascia cervicalis et entourée de ganglions : elle répond, en arrière, à l'extrémité inférieure de la parotide, et en haut à la face interne du muscle ptérygoïdien interne, en dedans elle repose sur le muscle hyoglosse et surtout sur le mylo-hyoïdien, derrière lequel elle envoie un petit prolongement ; enfin elle répond au nerf lingual et à la muqueuse buccale ; sa face externe est en rapport avec la face interne du maxillaire inférieur, qui est creusé d'une fossette pour la loger.

Les vaisseaux de cette région sont : l'artère sublinguale ou ranine, qui se détache de la linguale en avant du bord antérieur de l'hyo-glosse et se dirige d'arrière en avant dans le frein ; des veines linguales superficielles ; l'artère linguale, d'abord située au-dessous du muscle hyo-glosse, au-delà du bord antérieur de ce muscle devient sensiblement ascendante et se place sur la face externe du génio-glosse qu'elle suit jusqu'à la pointe de l'organe ; les veines satellites de l'artère linguale. La présence de ces nombreux vaisseaux ne permet l'emploi du bistouri qu'avec la plus grande circonspection.

Des nerfs occupent également cette région et, en raison des blessures faites à leurs branches dans l'ouverture de l'abcès, ils doivent être mentionnés. Le nerf lingual, branche terminale du maxillaire inférieur, appartient surtout à cette région depuis l'endroit où il se trouve entre le ptérygoïdien interne et l'os maxillaire

inférieur. Il se place entre la glande sous-maxillaire et la muqueuse buccale, croise le canal de Warton entre le mylo-hyoïdien et l'hyo-glosse; sur le côté interne de la glande sublinguale, il pénètre dans la langue, où il se divise en nombreux filets qui se distribuent à la muqueuse, dans les deux tiers antérieurs. Ce nerf s'anastomose avec le nerf grand hypo-glosse et reçoit un rameau du nerf mylo-hyoïdien.

Le glosso-pharyngien se porte à la base de la langue, en passant entre le styloglosse et le stylo-pharyngien : les filets les plus externes se perdent sur les côtés de la langue.

Le grand hypoglosse passe de la région sus-hyoïdienne dans la région sublinguale, marchant d'arrière en avant sur la face externe de l'hyo-glosse. Il se divise en un grand nombre de branches qui traversent les faisceaux du génio-glosse et se distribuent aux fibres musculaires de la langue.

Des kystes peuvent se développer dans le tissu cellulaire sous-muqueux de la face inférieure de la base de la langue, ou bourse muqueuse de Fleichmann. On leur a donné, pour symptômes spéciaux, leur situation médiane et l'épaisseur plus grande de leurs parois.

L'abcès que j'ai observé présentait ces deux caractères principaux : situation médiane, au niveau du frein, légèrement plus développé à droite qu'à gauche, épaisseur et résistance des parois. Il n'était accompagné ni de rétention de salive, ni de gonflement douloureux des glandes sous-maxillaires, signes pathognomoniques des grenouillettes proprement dites.

Malgré cette analogie de symptômes, il convient de n'accepter cette interprétation qu'avec réserve. L'étiologie de la grenouillette aiguë a été le sujet d'une importante discussion, à la Société de chirurgie de Paris (séance du 3 juin 1874), entre le docteur Tillaux, qui explique l'apparition de la grenouillette aiguë par la présence *fréquente* de la bourse de Fleichmann, et le professeur Dolbeau qui a vu des tuméfactions subites de la bouche, de la langue survenant sans cause connue et qui ne sont pas des grenouillettes; ce sont des phéno-

mènes congestifs qui n'ont aucun rapport avec la bourse de Fleichmann (1).

L'opinion du professeur Richet (2) ne diffère guère. « Aujourd'hui, écrit le savant professeur, p. 415, la plupart des auteurs ne voient dans cette affection (grenouillette de la bourse muqueuse sublinguale) autre chose qu'un kyste glandulaire analogue à ceux qui ont été signalés à la face interne des lèvres et des joues..... Relativement à l'opinion qui place ces tumeurs dans une bourse séreuse, elle ne me paraît pas admissible, par la raison que si cette bourse existe, elle doit être fort rare.,,.. D'autre part, j'admets bien volontiers que souvent des kystes glanduleux développés sous la muqueuse peuvent simuler la grenouillette proprement dite. »

Ces kystes glanduleux se bornent à produire une gêne proportionnée au volume qu'ils occupent sous la langue, et ils sont beaucoup plus fréquents, que la dilatation des conduits de Warton, de Bartholin ou des glandes sublinguales.

Cette étude commandait la prudence dans le choix du titre de mon observation, et, bien que j'incline à penser que cet abcès tirait son origine d'un kyste, développé dans le tissu cellulaire sous-muqueux, et enflammé sans que j'en puisse deviner la cause, j'ai jugé plus sage d'adopter un titre résumant plutôt un fait clinique d'observation qu'une lésion anatomique.

Dans les derniers jours de la maladie, certains phénomènes nerveux sont survenus : tels que douleur vive dans l'oreille et le cou du côté correspondant à celui où l'instrument a porté, altérations et modifications du goût, et enfin blésité. Les recherches que j'ai pu me permettre sont trop insuffisantes, et, du reste, les traumatismes des nerfs de la langue ont été encore trop peu étudiés, pour en fournir une interprétation satisfaisante. « La blessure des nerfs de la langue, écrit le professeur Nélaton (3), n'a guère appelé l'attention des chirurgiens. Cependant il est à remarquer que quand ils ont été coupés ou incisés, il n'est pas rare de voir persister pendant des mois, quelque-

(1) Voir *Gazette heb. de médecine et de chirurgie*, 1874, p. 386.

(2) *Traité pratique d'anatomie chirurgicale*, troisième édition.

(3) *Eléments de Pathologie chirurgicale*, deuxième édition, p. 674.

fois des années, une violente douleur à la pointe de la langue, due sans doute au passage du courant nerveux par anastomoses. »

Le nerf lingual, nerf de sensibilité générale, donne la sensibilité tactile et gustative aux deux tiers antérieurs de la langue. La lésion de ses filets par la pointe du troquart explique les douleurs violentes éprouvées par la malade sur le bord et la pointe de la langue.

Mais le nerf lingual s'anastomose avec le nerf mylohyoïdien et, sur la face externe du muscle hyo-glosse, avec le grand hypoglosse. Ce dernier nerf, au moment où il devient transversal, donne une branche collatérale qui s'anastomose avec la branche descendante interne du plexus cervical. Un filet remonte jusque dans la langue, accompagnant la branche descendante de la douzième paire. Les douleurs du cou seraient ainsi la conséquence de ces diverses anastomoses. On sait qu'en sectionnant les nerfs lingual et hypoglosse sur des animaux vivants et en réunissant ensuite le bout central de chacun de ces nerfs à l'extrémité périphérique de l'autre, MM. Philippeau et Vulpian ont démontré que les nerfs ne sont que de simples cordons nerveux de transmission également aptes à propager les impressions centripètes et centrifuges.

Le grand hypoglosse est sensible, mais ainsi que le dit le professeur Longet, ce nerf ne jouit que d'une sensibilité d'emprunt comme le facial, et il la doit principalement aux filets anastomatiques qui lui sont envoyés par la première anse du plexus cervical : toutefois les anastomoses avec le nerf lingual ne sont peut-être pas sans influence sur la sensibilité des rameaux qui terminent l'hypoglosse.

Indépendamment des fonctions de nerf de sensibilité, le nerf lingual préside encore à la sensibilité gustative pour les deux tiers postérieurs de la langue, tandis que le glosso-pharyngien joue le même rôle dans le tiers postérieur de la langue. Les altérations du goût dépendent des lésions de ce nerf.

Le nerf grand hypoglosse tient sous sa dépendance immédiate, la contraction volontaire des muscles de la langue. Quelques filets ont pu être déchirés et cesser

ensuite de porter le mouvement à quelques-uns des faisceaux musculaires de la langue (1).

Dr U. Dartigolles.

Tumeur sanguine (kyste) de la corde vocale inférieure gauche.

Par le Dr G. Coupard.

Mme X..., vingt-huit ans, avenue du Bois-de-Boulogne, vient me consulter pour une gêne, une sensation de corps étranger qu'elle ressent dans l'arrière-gorge, qui revient et disparaît par intermittence, et principalement pour un enrouement constant qui date de cinq mois environ. Mme X... est grande, forte, d'une excellente santé. Tempérament lymphatique.

A l'examen du pharynx, je trouve sur sa paroi postérieure de grosses et nombreuses granulations et quelques mucosités desséchées très adhérentes.

Au laryngoscope j'aperçois la corde vocale inférieure gauche coupée transversalement à son tiers supérieur par un petit vaisseau. Ce petit vaisseau se termine par une dilatation rouge carminé, de la grosseur d'une petite tête d'épingle à base large, à sommet pointu. Elle est située exactement sur le bord libre de la corde vocale, et au moment du rapprochement des cordes inférieures elle occasionne à sa partie inférieure un écart entre les deux cordes.

Je fis suivre à Mme X... le traitement ordinaire de la pharingite catarrhale, et pour cette ampoule sanguine, je la cautérisai deux fois par semaine avec une solution de chlorure de zinc au 50°. A la cinquième cautérisation, l'ampoule est presque séparée de son vaisseau afférent qui est devenue filiforme à son extrémité. Ce vaisseau disparaît à son tour, et après douze cautérisations il n'y a plus de trace de la petite tumeur. Mme X... part pour la campagne et revient à Paris après deux mois d'absence. Je trouve les cordes sans aucune altération ; la voix a repris son timbre normal.

(1) V. *Traité de Physiologie* de Longet. T. III, p. 52, 496, 582, 584. — Voir P. Lannegrace : *Terminaisons nerveuses dans les muscles de la langue et dans la membrane muqueuse*, Germer-Baillière, 1878.

Ce fait est le cinquième que j'ai pu observer. Le premier fut un des plus intéressants. J'avais affaire à un malade atteint de paralysie de la corde vocale inférieure gauche due à un anévrisme de la crosse de l'aorte. Il n'y avait aucune autre lésion. Sous l'influence de l'iodure de potassium, sans que la paralysie ait en rien diminué, le timbre de la voix était devenu meilleur quand, vers le milieu du deuxième mois de son traitement, le malade remarqua que sa voix s'enrouait de nouveau. L'examen laryngoscopique me montre un vaisseau coupant transversalement la corde gauche dans son tiers supérieur et se terminant vers son bord libre par une petite dilatation.

Je fais cesser le traitement à l'iodure de potassium et je conseille au malade de boire dans la journée deux ou trois verres de macération de quinquina. Je le revois de temps en temps. Le vaisseau est resté stationnaire, mais la dilatation a notablement augmenté et, un mois après le premier examen, elle a acquis le volume d'une grosse tête d'épingle, elle est ronde et d'un rouge carminé. L'anévrisme de la crosse fait des progrès, le malade est oppressé, le souffle est plus fort, le pouls plus petit, il existe un peu de dilatation pupillaire sans doute par compression du sympathique.

Je redonne l'iodure de potassium et quinze jours environ après, le petit vaisseau de la corde gauche a complètement disparu laissant sur son bord libre un petit polype séssile d'une coloration moins foncée et ayant plutôt l'aspect d'un fibrone que d'un kyste sanguin. Je ne revois plus le malade.

Dans les autres cas, le vaisseau s'est toujours montré au même niveau et toujours sur la corde vocale inférieure gauche. La dilatation variqueuse n'a jamais augmenté comme dans ce dernier cas, il est vrai que n'ayant affaire qu'à une affection locale, j'ai fait immédiatement des cautérisations.

Une jeune Hollandaise étudiant le chant ne put reprendre ses études qu'après trois mois de traitement.

Chez les autres une quinzaine de cautérisations suffirent pour leur rendre leur voix normale. Il ne nous à pas été donné, jusqu'à ce jour, de faire un examen histologique de ces petites tumeurs mais, il est très probable que nous

aurions trouvé les éléments de la muqueuse sous laquelle se fait cette extravasation sanguine ; chez le deuxième malade, le premier en date, le polype en vieillissant avait changé d'aspect. Il est vraisemblable que ce changement était dû à l'hypertrophie du stroma qui, en comprimant l'élément vasculaire, avait modifié l'apparence extérieure du néoplasme.

Revue de la Presse

Deux cas de sténose de la trachée occasionnés par des tumeurs malignes, par le Dr F. Fischer, assistant à la clinique laryngologique du professeur Schrötter (Vienne). — Après avoir cité les cas assez rares de tumeurs malignes de la trachée, publiés par Rokitansky, Fiédreich, Eppinger, Koch, Langhams, Schrötter et Mackenzie, l'auteur fait l'historique d'un cas analogue, qui s'est présenté à la clinique de Schrötter.

Il s'agit d'un homme de trente-trois ans, ayant la respiration bruyante, éprouvant des accès de suffocation la nuit, une prostration générale augmentant peu à peu. Ce malade a beaucoup maigri, la couleur de sa peau est sale et jaunâtre, tous symptômes qui font supposer une lésion grave.

A l'examen laryngoscopique on voit que le calibre de la trachée, à la hauteur du premier cartilage trachéal, est réduit à une fente de la largeur d'un 1/2 millimètre, dont la paroi antérieure et les parties latérales sont formées par des tumeurs jaunâtres recouvertes par la muqueuse ; à la même hauteur on distingue au niveau de la paroi postérieure une proéminence du volume d'un petit pois d'un rouge assez vif avec un fort éclairage on aperçoit une saillie du même genre, mais plus petite, située au-dessous de la tumeur du côté droit. Impossible de voir plus loin.

Quelle est la nature de cette tumeur ? Syphilitique ? mais le traitement spécifique ne produit aucun effet.

Les symptômes s'aggravent, la trachéotomie ne change en rien la situation et le malade succombe à une pneumonie intercurrente. La nécropsie permet de reconnaître l'existence d'un néoplasme carcinomateux; la muqueuse trachéale

est dégénérée dans toute sa surface et dans une longueur de 7 centimètres, par conséquent la lumière de la trachée rétrécie circulairement à un très haut degré.

En dehors de l'infiltration pneumonique du poumon on ne trouve aucune autre lésion.

Le second cas du docteur Fischer a rapport à un carcinome de la glande thyroïde ayant envahi la trachée. La littérature ne contient également que très peu de cas de ce genre; l'auteur en cite qui sont publiés par Forster, Rokitansky, Lebert, Foster et Weil. Voici le cas de Fischer :

Il s'agit d'une servante de cinquante-deux ans, qui raconte avoir reçu, il y a un an, un violent coup sur la gorge, cependant sans suites momentanées; mais peu de temps après, la respiration aurait commencé à être gênée d'une manière progressive. Depuis son enfance, elle est atteinte de goître. La voie est bonne. La respiration devient à chaque mouvement un peu bruyante.

L'examen extérieur de la gorge démontre l'existence de tumeurs constituées par les lobes hypertrophiés du corps thyrhoïde qui font supposer une compression de la trachée, qui n'existe pas en réalité, car le laryngoscope permet de reconnaître l'intégrité de l'organe vocale, mais à l'entrée de la trachée, au niveau du ligament laryngo-trachéal, on aperçoit une tumeur du volume d'une petite fève. Quelle est la nature de cette tumeur? Une excroissance granuleuse à la suite de la blessure ou bien un carcinome du corps thyroïde envahissant la trachée. Il fallait attendre le développement extérieur. Le bon état de santé se maintient encore pendant quelque temps, puis il finit par s'aggraver; dyspnée, petites hémorrhagies; développement et ulcérations de la tumeur intra-trachéale au point que la trachéotomie devient nécessaire. Après l'opération, il survient une notable amélioration de tous les symptômes, malheureusement une inflammation du médiastin se développe accompagnée d'une péricardite et d'une pleurésie gauche, qui amènent une fin subite.

La nécropsie démontre l'existence d'un carcinome médullaire du corps thyroïde envahissant la trachée. (*Monatsschr. fur Ohrenheilk.*, etc., n° 12, 1882.)

Laryngite tuberculeuse, valeur de la trachéotomie. — Le Dr Beverley-Robinson, à propos d'une observation de

phtisie laryngée qu'il communique à la *New-York pathological Society* (séance du 14 février 1883), fait observer que si quelques praticiens ont cherché à établir la curabilité de la phtisie laryngée, pour lui il reste convaincu que dans les cas de guérison il ne s'agissait pas de vraies phtisies laryngées. L'on ne pourrait, d'après l'auteur, se faire une opinion exacte de la nature de la maladie qu'après l'examen microscopique. En ce qui concerne la trachéotomie, il considère comme une erreur d'objecter que les malades souffrent de la présence de la canule; bien au contraire, dit-il, ils bénéficient de l'opération qui devrait être pratiquée plus tôt qu'on ne le fait en général (*The med. Rec.*, 17 mars 1883).

Des lésions bulbaires chez les ataxiques à crises laryngées. — M. Dejérine fait, sur ce sujet, une communication qui peut être résumée comme il suit :

Les lésions du bulbe chez les ataxiques atteints de crises laryngées sont encore peu connues. Cruveilher a bien signalé une induration bulbaire, mais sans y insister. M. Demange aurait observé, de son côté, deux cas de sclérose diffuse du bulbe intéressant les noyaux du pneumogastrique et du spinal. J'ai eu récemment l'occasion de faire l'autopsie d'une ataxique que j'ai observée avec M. Landouzy. Cette malade, âgée de cinquante-quatre ans, présentait, outre les symptômes ordinaires de l'ataxie, de véritables crises laryngées. J'ai assisté à quatre de ces crises, elles étaient très intenses, survenaient sans cause appréciable et correspondaient exactement à la description qui en a été faite par M. Féréol.

Outre les lésions classiques de l'ataxie, j'ai trouvé à l'autopsie de cette femme une altération évidente des racines bulbaires (névrite atrophique). Le bulbe était sain, et, sauf les noyaux du spinal et du pneumogastrique, qui présentaient des lésions de nature dystrophique, identiques à celles que l'on trouve dans la paralysie labio-glosso-laryngée. Si ces lésions justifient, dans une certaine mesure, les accidents laryngés éprouvés par la malade, ils ne sauraient, du moins, nous en expliquer l'intermittence; j'avoue que j'ignore actuellement les conditions capables de nous rendre compte de ce dernier phénomène. (*Soc. de Biolog.*, séance du 19 mai 1883).

Du traitement chirurgical de l'ozène (Le Dr W. Volkmann, (*Centrabl. f. chirurg.*, 1882, n° 5), a opéré deux cas d'ozènes fétides simples chez des jeunes filles par l'extirpation des cornets inférieurs et d'une grande partie des cornets moyens. En vain les solutions astringentes et désinfectantes avaient-elles été employées auparavant.

Chez les deux malades, les narines étaient étroites et le méat inférieur était seul perméable pour de petits instruments. Le nez était asymétrique.

Dans l'un des cas, la muqueuse était le siège d'une tuméfaction et d'une injection générale, la sécrétion était très abondante. Dans le deuxième fait, il existait un rétrécissement cicatriciel.

L'opération fut pratiquée de la manière suivante : on introduisit dans la narine une gouge concave aussi grosse qu'il fut possible et la tournant vers le méat moyen, on la fit pénétrer dans le nez à l'aide de deux ou trois coups donnés avec la main, après avoir dirigé la concavité de l'instrument en dedans on le tourna ensuite en bas. Puis l'on retira quelques débris de cornets et l'on plaça un tampon dans les fosses nasales, pour éviter l'hémorrhagie. (*London méd. Rec.*, 15 Avril 1883).

Du développement des kystes dans les sinus nasaux, par le Dr Gottfried Scheff (de Vienne). — Les kystes des sinus nasaux sont du genre muqueux. Luschka les attribue à une dégénérescence des glandes. L'auteur a trouvé par ses recherches qu'il y a encore une autre cause favorisant le développement des kystes, cause qui résulte de l'état histologique de la muqueuse.

D'après l'ordre de leur apparition, les différents sinus sont : les éthmoïdaux et l'antre d'Higmore formés avant la naissance; les sphénoïdaux et les frontaux formés après la naissance.

Les caractères de la muqueuse sont d'être plus mince, que la muqueuse des fosses nasales; la couleur en est grise ou jaunâtre. Partout où il n'y a pas de glandes, la muqueuse est transparente et très adhérente au périoste; les trois sinus sont tapissés d'épithélium vibratil disposé sur une seule couche, au-dessous de laquelle se trouve la membrane hyatoïde (Basemen membrane). Les coupes verticales de la muqueuse

font reconnaître au microscope des dépressions appelées lacunes par l'auteur et qui sont également tapissées d'épithélium vibratil. Au-dessous de la membrane hyaloïde se trouve une couche plus ou moins riche en cellules lymphoïdes agglomérées surtout autour des lacunes et des vaisseaux, et enfin la couche interne se distingue par la présence de glandes en grappes ou isolées, tubuliformes et en accini, etc. De telle sorte que les kystes peuvent avoir, d'après l'auteur, une double origine.

La dilatation du conduit sécréteur des glandes (Luschka) ou 2° l'accumulation des sécrétions qui ne peuvent s'éliminer. L'auteur possède des préparations venant appuyer cette dernière assertion. (*Allg. Wiener médic. Zeit.*, n° 8, 1883.)

L. B.

Les déviations de la cloison nasale. Difficultés qu'elles apportent au cathétérisme de la trompe d'Eustache et nouveau moyen d'y remédier. — Recherches anatomiques et cliniques, par M. le Dr B. Lœwenberg. — M. Lœwenberg, étudie des difficultés que présente souvent le cathétérisme de la trompe d'Eustache, cette opération la plus usuelle et la plus importante de la chirurgie auriculaire.

Pour les déterminer, il a recours à la rhinoscopie antérieure et ces examens lui font affirmer que les obstacles ne siègent pas, comme on le suppose souvent, dans les cornets, mais bien dans la cloison. Ces obstacles sont constitués par les protubérances ou éperons relatés dans un mémoire antérieur (1).

Après avoir découvert par la rhinoscopie le siège toujours le même, de ces déformations, M. Lœwenberg a fait des recherches anatomo-pathologiques, basées sur la dissection de plus de cent têtes fraîches. Il a étudié en outre les crânes du musée Orfila et la collection du musée anthropologique du Muséum du jardin des Plantes.

Le résultat de ces recherches est que la cloison n'est absolument droite chez l'adulte qu'une fois sur sept. Les déviations se divisent en *verticales* et *horizontales* et peuvent être *supérieures* ou *inférieures*.

(1) Contribution au traitement du coryza chronique *In union medicale*, 28 juillet 1882.

La déviation horizontale inférieure de la cloison nasale, siège exactement à la jonction du septum osseux et du septum cartilagineux. Elle provient de ce que la partie osseuse de la cloison et la partie cartilagineuse ne se trouvent pas dans le même plan vertical, mais se réunissent sous un angle diédre saillant vers un côté et qui constitue précisément la déviation. Elle n'est pas toujours bornée à l'entrée de cavité, mais se continue souvent plus avant et règne tout le long de la cloison.

Dans la majorité des cas, la déviation inférieure forme la contre partie de la supérieure, en d'autres termes, la convexité de l'une est tournée du même côté que la concavité de l'autre.

Quelquefoïs, elle se fait en torsions ou en ondulations de la cloison. Ce n'est que dans la minorité des cas que les convexités regardent du même côté.

Outre les déviations horizontales, il existe des déviations en sens vertical, des plis règnant de haut en bas le long du septum narium dans sa partie antérieure.

La distinction exacte de ces deux groupes de déviations est importante à faire au point de vue du traitement des affections des cavités nasales.

Dans les déviations horizontales, en effet, l'obstacle apporté au passage de l'air par la convexité de la cloison d'une narine est compensé par la concavité de sa congénère.

Dans les déviations verticales, les déformations rétrécissant de haut en bas l'une des fosses nasales, cette compensation ne peut se faire.

Voilà pour les entraves apportées au rôle physiologique des fosses nasales. Reste à examiner l'influence exercée par les déviations sur le traitement des affections de ces fosses.

Dans le traitement du coryza chronique simple, l'auteur préconise le galvano-cautère. Il a modifié, pour les cas qui nous occupe, son galvano à action latérale en repliant la petite plaque de platine sur la face plate de l'instrument de façon à le rendre plus apte à être passé.

Dans les polypes muqueux, après l'ablation du polype avec l'anse galvano-caustique, ou l'écraseur à anse de fil de fer froide, c'est encore à l'usage de la galvano-caustique qu'il faut avoir recours pour la guérison en cautérisant le point d'implantation. Encore est-il nécessaire de n'agir que guidé

par le speculum et le réflecteur. On évite de la sorte les tâtonnements et l'arrachement du cornet.

Les déviations de la cloison nasale apportent aussi une gêne considérable dans le traitement de l'épistaxis. Il suffit pour le comprendre de se rappeler que l'examen rhinoscopique ayant fait découvrir le point, quelquefois très limité, d'où le sang s'écoule, un petit tampon de coton absorbant ou d'amadou, sec ou imbibé d'une solution de perchlorure, ont raison de cet accident. Que ce point soit masqué par la déviation, et les manœuvres chirurgicales deviennent difficiles.

Il n'y a pas jusqu'à la douche naso-pharyngienne (douche de Weber), ce procédé si éminemment utile pour le traitement de la muqueuse de ces cavités à laquelle les déviations de la cloison ne nuisent. Introduisez le liquide par la narine rétrécie, il tombe sous le sens que la diminution du calibre entrave sa libre entrée. C'est là un inconvénient. Si vous poussez le jet par la narine dilatée il y a danger. Lancé dans celle-ci, en effet, le liquide injecté arrive en abondance au pharynx nasal et, après l'avoir traversé sur le voile du palais relevé, envahit par derrière la cavité nasale rétrécie. L'accroissement de résistance et de pression dû à la diminution de l'ampleur du canal peut produire l'entrée du liquide dans la trompe et même dans la caisse du tympan. On a observé des otites violentes produites par ce mécanisme.

M. Lœvenberg conseille, dans ce cas, l'emploi d'une seringue dont la personne qui pratique la douche puisse à volonté diminuer et même arrêter le jet et de n'employer la douche que du côté de la fosse nasale rétrécie.

Mais où il est surtout utile d'obvier à la deviation de la cloison, c'est dans les cas qui nécessitent le cathétérisme de la trompe. Les déviations horizontales supérieures importent peu puisqu'elles n'exercent aucune influence sur le méat inférieur le seul que le cathéter doit traverser.

Disons d'abord que la déviation horizontale inférieure dirige sa convexité plus souvent à gauche qu'à droite, d'où la plus grande difficulté du cathétérisme de l'oreille gauche. C'est ce qui ressort de l'examen des crânes du Muséum et d'observations personnelles. Sur 39 cas observés par lui, M. Lœvenberg a dessiné 28 déviations à gauche contre 11 où elles existaient à droite. De quelque côté que soit la déviation, le cathétérisme est entravé de la manière suivante :

Le bec de la sonde heurte la protubérance qui lui fait face, barrant le méat inférieur où l'opération doit s'accomplir. Si l'on persiste, la protubérance fait dévier la pointe de l'instrument, laquelle vient alors butter contre le cornet inférieur ou bien passe dans le méat moyen.

Comment procéder pour achever le cathétérisme. M. Lœvenberg, rejette toute opération sanglante jugeant inutile de supprimer l'obstacle puisqu'il est possible de le tourner. On peut d'abord éviter le passage difficile en introduisant la sonde par la narine opposée à l'oreille malade. Mais ce procédé est difficile et ne permet pas d'introduire le bec de la sonde assez avant dans le canal de la trompe pour pouvoir faire pénétrer efficacement des bougies ou des liquides. La vraie méthode consiste à pratiquer le cathétérisme guidé par la rhinoscopie antérieure simultanée. M. Lœvenberg pose en principe la nécessité d'explorer l'intérieur du nez chez toute personne qui réclame des soins pour une maladie de l'oreille. (*Progrès médical.* — Nos du 21 Avril, du 28 Avril ; du 5 Mai 1883).

Déchirures multiples du lobule de l'oreille autoplastie. — Une femme opérée récemment dans le service de l'hôpital Tenon, par le docteur Lucas Championnière, était un exemple assez intéressant d'une lésion de l'oreille assez peu commune. Cette femme qui tenait beaucoup à porter des boucles d'oreilles, mais ne choisissait pas toujours bien la matière des dites boucles d'oreilles, s'était fait percer le lobule à plusieurs reprises. Mais chaque fois la boucle avait coupé les tissus et le lobule de l'oreille gauche était divisé en une série de petits pendants fort disgracieux.

Cette sécabilité des tissus du pavillon de l'oreille se rencontre dit-on, chez les scrofuleux. La femme en question ne présentait aucune trace de scrofule. L'oreille droite quoique moins abîmée que la gauche avait souffert aussi de la présence de la boucle d'oreilles.

Nous avons déjà observé quoique à des degrés moindres cette destructivité du lobule de l'oreille. Elle paraît être le résultat d'une sensibilité propre de la peau et du cartilage qui se laisse trancher. Dans les cas où elle tient à la scrofule le pavillon de l'oreille est en outre sujet à de l'œdème et à des éruptions multiples.

Ici le meilleur mode de réparation consistait à réséquer tous les pendants et à rattacher le lambeau le plus postérieur avec le point d'insertion à la peau de la tête pour former un nouveau lobule. Cela fut fait pendant l'anesthésie. A l'heure actuelle en quelques jours, car la malade pansée convenablement n'eut aucune suppuration, la cicatrisation a été obtenue, le lobule restant paraît encore un peu détaché de la tête, mais il sera rapproché par le retrait de la cicatrice et si, par hasard cela ne suffisait pas, un point de suture le fixerait aisément. (*Journ. de méd. de chir. prat.* Juin 1883.)

Ostéite condensante de l'apophyse mastoïde. — (*Condensing ostitis of the mastoïd process*), par Albert H. Buck (de New-York). — L'hyperostose de l'apophyse mastoïde de l'os temporal, a été jusqu'ici considérée bien plus comme un état pathologique que l'on découvre par hasard dans le cours des opérations pratiquées sur cet os ou dans les autopsies, que comme une affection bien définie, ayant une existence propre et des caractères particuliers. Tous les chirurgiens ont trépané des apophyses mastoïdes de malades atteints de caries osseuses, et ont été étonnés de trouver les cellules mastoïdes totalement ou en partie comblées, présentant une substance dure comme l'ivoire et absolument dépourvues de pus. Il est curieux de noter cependant que la douleur a été calmée par l'opération et que l'inflammation aiguë a été dès lors en s'éteignant. Ce n'est pas une petite difficulté que d'expliquer ce fait. Plusieurs exemples de cette sorte semblent autoriser le Dr H. Buck, de New-York, à dire que, dans les cas qui réclament la trépanation de l'apophyse mastoïde, il est impossible de dire la plupart du temps si on a affaire à une carie ou à une simple congestion de l'os.

Plusieurs fois, quand il croyait plonger son instrument dans une collection bien limitée de pus et à travers une région osseuse cariée, cet auteur avait la surprise de ne trouver aucune trace de pus.

Le Dr C. R. Agnew, de New-York, est le premier qui exprima l'idée que l'inflammation des cellules mastoïdes n'aboutit pas forcément à la carie de l'os. Il est convaincu, dit-il, que la carie n'est pas le résultat invariable et immédiat des affections des cellules mastoïdes, et que quelquefois, elles peuvent donner lieu à une ostéite avec hyperplasie qui

comble les cellules en totalité ou en partie. (Report of the American Otological Society, 1870.) En 1673, le Dr Buck établit que, bien qu'il s'agisse là d'une condition pathologique distincte, nous sommes cependant en possession de faits cliniques qui nous permettent de nous guider dans la recherche d'un diagnostic positif. L'hyperostose de l'apophyse mastoïde est liée à une inflammation catarrhale chronique ou purulente de l'oreille moyenne. Sa marche est insidieuse et elle s'accompagne rarement de symptômes marqués, ce qui fait qu'elle n'est généralement découverte qu'après la mort. Comme la membrane très mince qui tapisse ces cellules sert à la double fonction de membrane muqueuse et de périoste, on comprend, du reste, qu'une congestion chronique de cette membrane a pour résultat, d'une part, l'épaississement et, d'autre part, l'hypertrophie de l'os qu'elle nourrit. Alors, à la place de l'air contenu normalement par ces cellules, on trouve une masse osseuse dense, dont la substance est pénétrée par de petites collections de tissu connectif vasculaire. Avec ses premières indications, on ne pouvait pas encore faire un diagnostic certain. En 1876, le Dr J. Orne Green, de Boston, publia le compte-rendu de cas dans lesquels il avait diagnostiqué l'hyperostose des apophyses mastoïdes et vérifié ensuite, par l'opération, son diagnostic. Enfin, en 1879, Arthur Hartmann, de Berlin, publia un travail dans lequel il conclut que l'hyperostose est une affection idiopathique des cellules mastoïdiennes, qu'elle est consécutive à une inflammation de l'oreille moyenne et qu'elle cause des douleurs violentes (*Archives of Otology*, 1879). Voilà l'historique de la question. Il n'en est pas moins vrai qu'aujourd'hui encore c'est là une maladie dont la description est vague et sans unité. Albert Buck s'efforce de réunir toutes ces données diverses, tous ces fragments en un tout complet, dans l'espoir de faire la lumière là où il n'y a que confusion.

Cette confusion est due à ce que dans son travail de 1873, l'auteur a décrit comme autant de variétés ce qui n'était que des phases diverses de la même maladie, à ce que les cas observés ne sont pas assez simples, assez dépourvus de complications pour être considérés comme des *types*, à ce qu'enfin les dénominations dont on se sert sont mauvaises. Au lieu d'hyperostose, sclérose, ostéo-sclérose des cellules mas-

toïdes, il est mieux de dire *ostéite condensante des cellules mastoïdes.*

L'auteur passe à l'exposé des observations qu'il a faites : elles sont au nombre de trois. Il les considère comme typiques, car elles réunissent à la fois le degré maximum d'hyperplasie et le minimum d'intensité dans les complications. La première est incomplète, l'auteur n'ayant pas pu suivre le malade jusqu'au bout et la troisième a été reproduite dans le travail de Green.

L'auteur fait ensuite quelques réflexions générales sur les observations qu'il a rapportées et il les termine par les indications suivantes, énumérées dans l'ordre d'importance. Il pense qu'elles faciliteront le diagnostic :

1° La persistance d'une douleur franche dans et autour de la région mastoïdienne indique l'existence du pus dans la caisse, l'absence d'une otite aiguë, moyenne ou intense, et l'emploi des mesures thérapeutiques ou habituelles ;

2° La présence des signes extérieurs comme la rougeur, le gonflement et la douleur à la pression au niveau de l'apophyse mastoïde est une preuve presque absolue d'ostéite condensante de l'apophyse. L'augmentation de volume de l'os, dans cette région, peut être considérée comme un signe certain de cette affection ; (1)

3° L'existence antérieure d'une inflammation purulente chronique de l'oreille moyenne suffit pour présumer que les cellules mastoïdiennes sont fortement réduites, sinon oblitérées, à la suite de poussées réitérées d'ostéite subaiguë (*The med. Rec.*, 10 mars 1883, p. 258).

(1) Il nous semble que la percussion pourrait également être employée avec avantage pour reconnaître l'état de vacuité ou de plénitude de l'apophyse mastoïde ; la marche générale de l'affection devant permettre de soupçonner la nature probable du contenu mastoïdien. Dr E. J. Moure.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Pharynx.

Fonegra. — Des épithéliomes glandulaires ankystés du voile du palais (*Thèse Paris*, 1883).

Fourrier. — De la prothèse palatine (*Thèse Paris*, 1883).

Lebrum. — Du muguet primitif du pharynx dans la fièvre typhoïde *Thèse, Paris*. Juin, 1883).

Mac Neil Whistler. — Un cas d'affection maligne de l'amygdale. (*Méd. Times and Gaz.* 26 Mai 1883).

Netter. — Sur l'élément bucco-naso-pharyngien dans la fièvre typhoïde (*Progr. méd.* 2 Juin, 1883).

Vigot. — Des polypes fibro-muqueux de la cavité naso pharyngienne (*Thèse Paris*, 1883).

Nez.

Hardie. — Tumeur naso-pharyngienne, section ostéo plastique du maxillaire supérieur, (*Manchester, med. Soc.* 4 Avril, 1883 et *The Brit. méd. journ.* 5 Mai 1883).

Valsham. — Note sur l'influence de la déviation de la cloison du nez sur la voix chantée. (*The Lancet*, 21 Avril 1883).

Larynx.

Howard. — Physiologie de la voix considérée au point de vue des causes de laryngites chroniques particulières aux chanteurs et aux orateurs. (*The hahne mannian monthly*, n° 6, juin, 1883).

Ingle. — Paralysie des extrémités à la suite d'un mal à la gorge. (*Brit. med. journ.* 19 Mai 1883).

Knox. — Traitement des tumeurs du larynx. (*France méd.* 14 Juin 1883. *anal*).

Merklen. — Œdème aigu de la glotte dans le cours d'une fièvre typhoïde. Trachéotomie, mort. (*France méd*, 14 Juin 1883).

Oreilles.

Gruber. — Du diagnostic de la perforation du tympan (*Alleg. Wien. med. Zeit.* n° 8. 1883).

Houghton. — De l'acide borique dans l'otite moyenne suppurée (*The hahnemannian monthly*, n° 4, Avril, 1883).

Varia.

Barker. — Excision d'un petit goître (*Clinic. soc. of London et Brit. med. journ.* 2 Juin, 1883).

Bland (George). — Tentative de suicide, en se coupant la gorge, accès d'asphyxie, guérison; Remarques (*The Lancet*, 19 Mai, 1883).

Ghampney Glarke. — Un cas de paralysie labio-glosso-pharyngée survenue à l'âge de vingt-trois ans. (*The Lancet*, 23 Juin 1883.)

Duplouy. — Ankyloglosse totale (*Soc. de chirurg.*, séance du 30 Mai, 1883).

Gore (Albert). — Trois cas de goître aigus, traités avec succès par les applications externes de Biiodure de mercure (*The Dublin, journ. of med. Sc.* 1er Juin, 1883).

Ivins (Horace). — De la trachéotomie dans la diphtérie pharyngo-laryngienne (*The hahne mannian, monthly*, n° 4, Avril, 1883).

O'Neill. — Un cas d'hémorrhagie de la bouche du nez et des poumons, (*The Lancet*, 26 Mai, 1883).

Stokes (William). — Excision d'une énorme tumeur, probablement un ostéo-fibrome, de la base du crâne. (*Brit. méd, journ.* 9 Juin, 1883).

Torntley Stoker. — Extirpation de la glande thyroïde, (*Acad. of med. of Ireland.* (*surgical section*) *et Brit. med, journ.* 2 Juin, 1883).

XX. — Gastroscopie et Œsophagoscopie. Quelques résultats donnés après leur emploi. (*Philadelphia méd. Times* 5 Mai 1883.

Le propriétaire-gérant, Dr E. J. Moure.

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. BELLIER, rue Cabirol, 16.